N° 132.

PROPOSITIONS ET OBSERVATIONS

SUR QUELQUES POINTS DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 25 juillet 1826, pour obtenir le grade de Docteur en médecine,

PAR J. F. GUSTAVE CABANELLAS, de Marseille,

Département des Bouches-du-Rhône;

Interne des hôpitaux civils de Paris; ancien Élève de première classe de l'Ecole pratique.

Principiis obsta.....

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1826.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN, *Examinateur.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX, *Président.*
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DÉSORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. / LAENNEC. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX, *Suppléant.*

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, MOREAU, PELLETAN père, PINEL VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Maisonnab.
Breschet, *Suppléant.*	Moreau.
Capuron.	Murat.
Chomel.	Parent du Chatelet.
Cloquet aîné.	Pavet de Courteille.
Coutanceau.	Ratheau.
De Lens.	Richard.
Gaultier de Claubrye.	Ruilier.
Gérardin.	Ségalas, *Examinateur.*
Guersent.	Serres, *Examinateur.*
Jadioux.	Thévenot.
Kergaradec.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

A

MON ONCLE V. A. MAGNAN,

Médecin du Roi par quartier ; ancien Médecin en chef des armées et des hôpitaux militaires ; Membre du Cercle médical, de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Marseille ; de l'ancienne Société royale de médecine, des sciences de Montpellier ; de celles d'émulation d'Anvers et de Liége.

Témoignage public de respect, de reconnaissance et d'attachement filial,

J. F. G. CABANELLAS.

PROPOSITIONS

ET OBSERVATIONS

SUR QUELQUES POINTS

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

MÉDECINE.

I.

On a long-temps caractérisé l'apoplexie seulement par l'énumération de ses principaux symptômes. Les progrès récens de l'anatomie pathologique ont engagé quelques médecins à réserver le nom d'*apoplexie*, pour désigner l'hémorrhagie cérébrale, parce que c'est la plus fréquente de toutes les lésions qui peuvent faire naître des phénomènes apoplectiques. Cette définition n'est pas admise par beaucoup de praticiens ; elle sépare des maladies qu'il est quelquefois impossible et toujours peu avantageux de distinguer pendant la vie.

En effet, comment ne jamais confondre l'hémorrhagie du cerveau avec l'épanchement aigu de sérosité, le ramollissement aigu, et surtout avec ce que les auteurs appellent *apoplexie nerveuse?*

Ces lésions diffèrent entr'elles pour l'anatomiste, mais il y a peut-être une grande analogie dans la cause immédiate de leur existence.

Je vais citer une observation dans laquelle on verra les symptômes de l'apoplexie disparaître avec tant de rapidité, qu'on ne pourra guères les attribuer à une hémorrhagie du cerveau par rupture avec altération de sa substance.

Une femme âgée de trente ans entra à l'hôpital de la Charité, le 24 novembre 1825 (service de M. Fouquier). Quatre jours auparavant, dans un violent étourdissement, elle avait fait une chute de sa hauteur. Une heure après elle reprit ses sens, et s'aperçut d'un engourdissement dans les membres du côté gauche, et de l'impossibilité de les mouvoir. Le 25, la malade présentait les symptômes suivans : Pesanteur de tête, douleur dans la région sincipitale, face rouge et animée, la parole libre, la respiration facile, les membres du côté gauche immobiles et insensibles; les règles étaient établies depuis la veille. (Limonade de crême de tartre soluble, lavement purgatif, cinq bouillons.)

Le 26, la céphalalgie avait diminué; le 28 les règles cessèrent: déjà la tête était libre, le bras gauche commençait à recouvrer le mouvement et la sensibilité. Le même traitement fut continué, et le 30 la paralysie avait disparu. La malade sortit, complètement guérie, quelques jours après.

II.

L'apoplexie est au nombre des maladies qu'il importe surtout de prévenir, parce que sa marche est quelquefois plus rapide que les secours de l'art, parce que sa terminaison est souvent funeste, enfin, parce que, dans les cas les plus heureux, le malade reste toujours exposé à des récidives qu'il est difficile d'éviter, et plus difficile encore de guérir.

Il importe donc de connaître les conditions individuelles qui paraissent prédisposer à cette maladie, les circonstances qui semblent favoriser son développement, les signes qui peuvent l'annoncer, et les moyens de la prévenir.

III.

Avec presque tous les auteurs, il faut regarder comme disposant singulièrement à l'apoplexie, l'âge de quarante à soixante ans, et la constitution que caractérisent une tête large supportée par un col gros et court, la pléthore générale ou céphalique, un embonpoint considérable.

IV.

Séduits par la facilité d'une explication théorique, quelques médecins avaient admis que l'hypertrophie du cœur entraînait souvent à sa suite l'hémorrhagie du cerveau. L'observation dément tous les jours cette opinion.

V.

L'apoplexie se montre souvent sous l'influence d'une vie sédentaire, molle et oisive, des travaux de l'esprit, des chagrins profonds et concentrés, d'une alimentation trop abondante, de l'abus continuel des boissons spiritueuses et des plaisirs, surtout à un âge qui commence à ordonner la modération.

Selon *Hippocrate*, *Hallerius*, *Forestus*, *Morgani*, le développement de l'apoplexie est favorisé par le froid, et le froid humide, ou par une chaleur humide qui a succédé à une température très-basse. Aussi observe-t-on plus d'apoplectiques en automne et en hiver, que dans les autres saisons; en Allemagne et en Angleterre, que dans les autres contrées de l'Europe; et même à *Florence*, à *Lucques*, à *Bologne*, que dans le reste de l'*Italie*. (*Jacquinus.*)

VI.

Lorsque l'apoplexie est imprévue et rapide dans sa marche, on reconnaît assez souvent la présence d'une cause occasionnelle qui vient

d'agir avec énergie, comme : une émotion violente de joie, de douleur ou de plaisir; un accès de fureur; une attaque d'épilepsie; une ligature trop serrée autour du col; un exercice violent; une chute sur la tête; le séjour même de quelques instans dans un bain très-chaud, ou dans une pièce dont la température serait également très-élevée.

VII.

L'invasion et les progrès de l'apoplexie sont quelquefois plus lents; elle survient ordinairement alors à l'occasion de certaines causes dont l'influence est moins instantanée; telles sont au premier rang la cicatrisation d'un cautère ou d'un ulcère ancien, l'omission d'une saignée habituelle, la suppression d'une hémorrhagie constitutionnelle; enfin, la répercussion d'un exanthème chronique de la peau, la rétrocession de la goutte.

VIII.

La suppression de l'écoulement menstruel, de la suppuration, et quelques autres phénomènes que je viens de citer, sont moins, dans certains cas, des causes occasionnelles que les premiers effets de la maladie.

IX.

L'apoplexie attaque quelquefois des individus qui n'ont été soumis à aucune des causes que je viens d'énumérer, tandis qu'elle épargne quelques-uns de ceux qui se sont exposés à leur influence. On est donc forcé d'admettre l'existence d'une disposition toute particulière à l'apoplexie; mais il est, jusqu'à présent, impossible d'en déterminer la nature et les signes.

X.

Les attaques d'apoplexie n'ont pas toujours été annoncées par des phènomènes précurseurs. Cependant *Kramer* prétend les avoir tou-

jours vues précédées par des douleurs de tête. D'après *Boheraave*, *Cullen*, etc., on a assez souvent occasion de prévoir la maladie par l'apparition des symptômes suivans : une démarche vacillante, difficile, des tremblemens, des vertiges, des tintemens d'oreilles, un bégaiement accidentel, l'affaiblissement de la mémoire, l'assoupissement, le cauchemar, le grincement des dents pendant le sommeil.

XI.

La première et presque la seule condition à remplir, pour prévenir l'apoplexie, est de se soustraire autant que possible à l'empire des causes qui la produisent. La plupart de celles que j'ai énumérées, indiquent assez par elles-mêmes, comment on peut les éviter.

Tous ces prétendus spécifiques vantés par le charlatanisme ou l'ignorance, doivent être sévèrement proscrits, parce qu'alors même qu'ils n'ont aucune action nuisible sur l'économie animale, ils sont cependant très-dangereux en détournant de plus sages précautions par la funeste confiance qu'ils inspirent.

L'observation rigoureuse des règles de l'hygiène peut seule modifier à la longue une constitution disposée à l'apoplexie ; il faut éviter avec soin tous les excès que j'ai signalés, faire usage de boissons délayantes et rafraîchissantes, telles qu'une bierre légère, la limonade, le petit lait, etc. ; préférer les alimens légers, tirés du règne végétal ; entretenir la liberté du ventre ; se livrer par degrés à un exercice assez fort, mais régulier ; diminuer les heures du sommeil.

XII.

Si le danger est prochain, il faut recourir à des moyens plus énergiques, comme l'application de quelques sangsues au cou ou à l'anus; l'usage modéré de la saignée, de purgatifs peu irritans, tels que les sels et certaines eaux minérales ; enfin on peut poser un cautère ou un séton à la nuque, moyens qui ont été conseillés avec beaucoup d'avantages par M. *Portal*.

XIII.

Lorsque la colique de plomb attaque plusieurs fois le même individu, elle finit souvent par être accompagnée ou remplacée par des symptômes cérébraux épileptiformes qui amènent promptement la mort.

Cette vérité, confirmée par les travaux de M. *Renauldin*, a été signalée dans plusieurs dissertations inaugurales. Je citerai de préférence celles de MM. *Thomas* et *Canuet.*

XIV.

La présence de symptômes aussi dangereux, est ordinairement expliquée par les altérations qu'on rencontre dans la cavité du crâne et du rachis.

Je pourrais citer, à l'appui de ces deux propositions, plusieurs faits dont j'ai été témoin pendant que j'étais interne à l'hôpital *Beaujon*. Je me contenterai de rapporter l'observation suivante :

Un ouvrier d'une fabrique de blanc de céruse, âgé de 47 ans, gros et robuste, avait été plusieurs fois atteint de la colique saturnine; et traité tour-à-tour dans divers hôpitaux par les anti-phlogistiques et les évacuans.

Lors de son entrée à Beaujon, il ne présentait d'autres symptômes que de légères douleurs abdominales, de la constipation, de la fatigue; il mettait un peu de lenteur et de difficulté à répondre. Le repos, des boissons délayantes, des lavemens émolliens parurent le soulager. Mais la troisième nuit, depuis son entrée, appelé auprès de lui, j'observai les symptômes suivans : Délire, mouvemens convulsifs qui l'avaient jeté hors de son lit, renversement du tronc en arrière, face rouge, yeux saillans, salive écumeuse sanguinolente, respiration précipitée, pouls très-fréquent. Cet accès fut bientôt calmé par une saignée copieuse qu'on réitéra dans la journée; le lendemain, des sangsues furent appliquées autour du cou. Malgré ces moyens aidés par des lavemens et des boissons rafraîchissantes, le malade éprouva

plusieurs accès semblables au premier. Dans leur intervalle il était comme étourdi, ne se plaignait que de faibles douleurs à la tête et dans l'abdomen, se croyant d'ailleurs légèrement indisposé. Cependant les accès se rapprochèrent, et il mourut le sixième jour après son entrée.

L'abdomen, le thorax et le crâne ont été examinés 24 heures après la mort.

Abdomen. Le péritoine était dans l'état sain; quelques portions de la fin de l'intestin grêle étaient à l'extérieur d'un gris plus foncé que dans le reste de son étendue; dans ces portions, la membrane muqueuse était brunâtre, et présentait çà et là quelques injections sanguines. La muqueuse de l'intestin cœcum était dans le même état; mais, de plus, ramollie dans une assez grande étendue.

La membrane muqueuse de l'estomac, en général grise et injectée, offrant des plaques brunâtres vers le grand cul de sac, était ramollie dans presque toutes ses parties, au point d'être déchirée par le plus léger effort de l'ongle. On ne pouvait la décoller en membrane. Les mêmes altérations existaient dans la première portion du duodenum.

Thorax. Tous les organes contenus dans cette cavité paraissaient dans l'état normal.

Crâne. Dans la cavité de l'arachnoïde on voyait quelques légères adhérences, et un peu de sérosité rougeâtre : le feuillet cérébral de cette membrane était manifestement plus opaque que dans l'état sain; il paraissait épaissi et infiltré de sérosité. Quand on détachait l'arachnoïde il s'écoulait une quantité notable de ce liquide, qui était en partie déposé entre les méningines et le cerveau, La coloration, l'infiltration de l'arachnoïde étaient hors de doute, quand cette membrane était détachée et roulée en masse.

Le cerveau, et le cervelet surtout étaient mous et affaissés. Il n'y avait rien de remarquable dans l'intérieur des ventricules et dans la masse encephalique.

Canal vertébral. Cette cavité a été ouverte quarante-huit heures après la mort. Le canal fibreux de la dure-mère incisé dans toute sa longueur, la moelle a paru surtout dans quelques points réduite en une pulpe molle et diffluente.

XV.

La pneumonie est souvent funeste chez les enfans très-jeunes, chez ceux de dix à douze ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution débile, convalescens d'une maladie grave, ou atteints d'un exanthème chronique de la peau.

Elle est très-dangereuse quand elle survient pendant le cours de la rougeole, de la scarlatine. Elle ne l'est pas moins chez les individus adonnés aux boissons spiritueuses, et chez les vieillards.

XVI.

Dans le traitement de cette maladie on doit ordonner avec réserve les émissions sanguines, chez les individus détériorés par l'abus des liqueurs alcoholiques.

Il ne faut renoncer de bonne heure à la saignée générale et locale chez les enfans et chez les vieillards, que lorsque les symptômes n'ont pas diminué, que le pouls est resté faible, ou l'est devenu, et que les forces sont épuisées.

C'est alors qu'on doit recourir aux boissons diaphorétiques, et légèrement toniques, aux frictions générales, aux révulsifs appliqués sur la poitrine et les extrémités.

XVII.

Il est fort important pour le traitement de quelques maladies aiguës de décider si la faiblesse du malade est réelle ou apparente.

On peut y parvenir en interrogeant son tempérament, sa constitution, et les influences qu'il a subies antérieurement. Si par exemple le

malade est d'un tempérament sanguin, d'une constitution forte; si sa nourriture était abondante et réparatrice; s'il n'a été soumis à aucune cause d'épuisement, on doit penser que sa faiblesse actuelle n'est qu'apparente et qu'il y a oppression des forces.

XVIII.

La plupart des causes de l'asthme portent leur action spécialement sur le système nerveux. Il est naturel de présumer que la maladie qu'elles produisent est de la nature des affections nerveuses.

Si l'on vient aussi à examiner ses principaux symptômes, non-seulement on sera porté à ranger, comme *Cullen*, *Sauvages*, *Pinel*, l'asthme parmi les névroses de la respiration, mais encore on trouvera probable, avec M. le professeur *Fouquier*, que cette affection consiste dans le resserrement spasmodique des bronches.

XIX.

Il est difficile d'admettre l'opinion de quelques médecins qui prétendent que l'asthme est toujours un symptôme qui annonce l'existence d'une altération organique dans l'un des organes de la cavité thorachique. Comment expliquer alors ces longs intervalles qui séparent souvent les accès, et pendant lesquels on n'est pas parvenu chez quelques personnes à découvrir les traces d'aucune lésion.

Il me paraît plus conforme à l'observation de regarder l'asthme comme une maladie qui peut amener à sa suite certaines altérations organiques, et dont l'existence peut également être déterminée ou prolongée par un grand nombre de maladies.

XX.

La fréquence des affections du cœur et des troncs vasculaires chez les vieillards, explique pourquoi l'asthme ne disparaît pas avec l'âge comme la plupart des névroses.

CHIRURGIE.

I.

Les plaies des tégumens du crâne, surtout lorsqu'elles sont accompagnées de contusion, ont une tendance à suppurer, qui rend souvent inutiles les moyens que l'on met en usage pour obtenir la réunion immédiate.

Cependant il ne faut jamais les négliger, parce qu'on est quelquefois assez heureux pour les voir réussir, et hâter ainsi la guérison du malade.

J'en ai vu un exemple assez remarquable, à l'hôpital Beaujon, sur un ouvrier des carrières. Une grosse pierre l'avait atteint, en roulant, au sommet de la tête, et avait détaché un vaste lambeau à peu près circulaire de plus de six pouces de diamètre. Il laissait à nu les os du crâne; sa base adhérente était en arrière ; il se déplaçait dans ce sens pour peu que la tête fût renversée.

Après avoir nettoyé la plaie, j'en rapprochai exactement les lèvres ; le lambeau fut fixé seulement par des bandelettes de diachylon, aidées d'un appareil convenable et d'une bonne situation; je remplis, d'ailleurs, les autres indications telles que la saignée, etc.

Le quatrième jour le lambeau était entièrement recollé aux os, et la cicatrisation des bords de la plaie ne tarda pas à être complète, tandis que la réunion immédiate ne se fit pas chez le même malade, à la partie externe et moyenne de la jambe droite, dans une plaie longitudinale moins étendue, et qui fut mise dans les mêmes conditions.

II.

Le séton placé à la partie postérieure du cou est, dans beaucoup de cas, le pluspuissant moyen pour combattre l'amaurose et l'ophthalmie chronique.

Les cas nombreux que j'ai observés à l'hôpital de la Charité, dans les salles de MM. *Boyer* et *Roux*, viennent à l'appui de cette proposition.

III.

La maladie désignée, sous le nom de *tumeur* ou *fistule lacrymale*, présente plus de variétés qu'on ne le pense communément. Ses différences peuvent même être assez importantes pour influer sur le traitement : ainsi l'application de sangsues, de cataplasmes émolliens, ont épargne les ennuis de l'opération, à quelques personnes dont la maladie était due moins à un obstacle permanent qu'à une inflammation accidentelle dans quelques points des voies lacrymales. D'autres fois la différence a été telle qu'une simple incision a suffi non-seulement pour guerir le malade, mais encore pour le mettre à l'abri d'une récidive.

Il existe en effet des tumeurs du sac lacrymal qui ne sont pas dues à la rétention des larmes, mais à celle du liquide sécrété par ce sac.

Elles donnent lieu aux mêmes accidens : gênent le mouvement des paupières; deviennent souvent très-douloureuses, rouges, enflammées; déterminent de frequens érysipèles aux paupières et à la face.

Dans un cas rapporté par *J. L. Petit*, la tumeur fut traitée comme un abcès ordinaire ; une simple incision donna issue au liquide purulent, procura l'adhérence des parois, et le malade guérit sans retour, au larmoiement près qui existait depuis long-temps à cause de l'oblitération des conduits lacrymaux.

Dans un cas semblable, j'ai tenu la même conduite; elle a été couronnée du même succès.

IV.

La cataracte secondaire qui reconnaît pour causes, tantôt l'opacité consécutive de la capsule cristalline, tantôt celle de l'humeur de *morgagni*, quelquefois le retour du corps opaque en son lieu naturel, après l'opération par abaissement concret, peut aussi dépendre d'un abcès circonscrit dans les cellules antérieures du corps vitré.

Cette proposition est appuyée sur une observation curieuse qui m'a été communiquée par mon ancien collègue et ami M. *Lantenois*, interne à l'hôpital de la Charité.

Je vais en donner une courte analyse :

Une femme, âgée de 60 ans environ, présentait des cataractes bien formées, dont le développement n'avait offert aucune circonstance remarquable. L'extraction, quoique rendue fort difficile à cause du grand enfoncement des yeux, fut pratiquée avec toute l'adresse et l'habilité qui distinguent M. le professeur *Roux*. La malade n'a éprouvé dans les vingt jours qui ont suivi l'opération aucun phénomène extraordinaire; seulement la cécité persistait, et l'on pouvait s'assurer de l'existence de cataractes secondaires. Au bout de ce temps, une gastro-entérite se développa et entraîna la mort après deux semaines de durée.

Les yeux offrirent, l'un et l'autre, à l'examen, les altérations suivantes : diminution de volume du globe oculaire ; ulcération du lambeau de la cornée; absence de l'humeur aqueuse dans les chambres antérieures; léger épanchement de sang entre la sclérotique et la choroïde de l'un des yeux, entre la choroïde et la rétine de l'autre ; diminution considérable du corps vitré, et, dans sa partie antérieure, une opacité remarquable due à la présence d'un pus concret et opalin dans les cellules de cet organe, et occupant un espace bien circonscrit.

V.

L'inflammation partielle de la moelle ou de ses membranes, peut

céder très-rapidement à l'application de ventouses scarifiées dans le voisinage de la maladie.

Un ouvrier fut retiré d'une carrière dont quelques portions s'étaient écroulées sur lui. Lorsqu'on l'aporta à l'hôpital Beaujon, il se plaignait de douleurs vagues dans presque toutes les parties du corps. Il fut largement saigné. Au bout de cinq ou six heures, vers le soir, les douleurs étaient devenues très-fortes dans les membres inférieurs, surtout à la partie interne des cuisses; ils étaient entièrement privés de mouvement, et la moindre impulsion arrachait des cris au malade qui n'accusait pas de souffrance dans les autres parties du corps.

Il était dans cet état depuis deux heures, lorsque je lui appliquai quatre larges ventouses scarifiées vers le milieu de la région lombaire. Peu de temps après, il était considérablement soulagé, et le lendemain à la visite du matin, les douleurs n'existaient plus, et les mouvemens étaient presqu'entièrement rétablis.

VI.

Lorsque la rétention d'urine, produite par une inflammation du col de la vessie ne cède pas aux saignées, aux demi-bains, aux lavemens émolliens, aux boissons rafraîchissantes, si quelques tentatives pour introduire une sonde assez mince sont infructueuses, il ne faut pas balancer à pratiquer la ponction de la vessie.

VII.

Dans ce cas et dans tous ceux qui offrent la même indication, il faut pratiquer la ponction de la vessie par le rectum. Cette méthode est préférable aux deux autres. En effet la ponction au périnée se fait au travers de parties plus ou moins malades, et doit augmenter le désordre; d'ailleurs il est excessivement difficile de pénétrer jusqu'à la vessie, qui toujours située très-profondement s'est encore éloignée du périnée à mesure que son volume a augmenté. La ponction

au-dessus du pubis est plus facile, moins douleureuse, mais elle se pratique dans un lieu moins déclive, de sorte que la vessie ne se vide pas complètement; si l'on est forcé de laisser long-tems la canule à demeure, le trajet qu'elle parcourt s'élargit, et les urines ont beaucoup de facilité à s'infiltrer dans le tissu cellulaire du voisinage.

La ponction par le rectum n'offre aucun de ces inconvéniens, et ne cause que très-peu de douleurs au malade, *Flurant* de Lyon la pratiqua le premier en 1750. Le trois-quart dont il se servit était droit et difficile à assujetir, il fut maintenu avec beaucoup de soin pendant trois ou quatre jours, et les urines reprirent leur cours ordinaire. *Flurant* eut encore occasion de pratiquer cette opération sur deux autres personnes. Il éprouva plus de facilité avec un trois-quart courbe.

Les cas dans lesquels on a employé cette méthode sont jusqu'à présent assez rares. *Leblanc* l'a mise une fois en usage avec succès. Un autre exemple se trouve dans les transactions philosophiques pour l'année 1776.

Je puis en citer un très-remarquable, car la ponction fut pratiquée deux fois avec un plein succès chez le même individu et, à quatre jours d'intervalle.

Un douanier *d'Anvers* tomba à califourchon sur un pilotis. La violente contusion qu'il éprouva détermina bientôt tous les symptômes les plus graves de la rétention d'urine : besoins et efforts continuels pour uriner, tuméfaction de la vessie, douleurs profondes dans cet organe, vives anxiétés, nausées, hoquets, fièvre, odeur urineuse de la sueur. Le périnée et l'hypogastre étaient le siège d'un gouflement considérable, le cathétérisme avait été tenté inutilement.

Dans cet état le malade fut transporté à l'hôpital militaire. Le médecin en chef, M. *Magnan*, conseilla de faire sur-le-champ la ponction de la vessie par le rectum, en se servant d'un trois-quart courbe qu'on porterait assez profondément pour éviter la lésion des vesicules séminales. Le chirurgien pratiqua l'opération de cette manière, et rencontra facilement la vessie qui faisait saillie dans le rectum.

La canule du trois-quart ayant été retirée trop tôt par l'imprudence du malade, les symptômes de la rétention ne tardèrent pas à se renouveller. D'après le conseil de M. *Magnan*, comme les effets de la contusion existaient encore à un haut dégré, la ponction fut réitérée par le rectum; c'était quatre jours après la première. La canule fut maintenue jusqu'au rétablissement du cours naturel des urines, et la guérison complète du malade ne se fit pas attendre long-temps.

VIII.

Il est quelquefois possible de guérir sans incisions la fissure à l'anus, en tenant cette ouverture dilatée pendant quelques jours avec une mèche de charpie dont on augmente graduellement le volume. J'ai vu ce moyen réussir chez un malade qui était à l'hopital *Beaujon*, dans les salles de M. le professeur *Marjolin*.

IX.

Les solutions de continuité de l'extrémité inférieure du radius sont beaucoup plus fréquentes que les luxations de l'articulation radio-carpienne. Lorsque la solution de continuité, est très-voisine de cette articulation, les signes qu'elle présente ne diffèrent pas toujours sensiblement des signes de la luxation.

Dans les cas douteux, et surtout lorsque l'âge du malade fait présumer que la soudure des épiphyses n'est pas terminée, il faut se conduire comme si l'on était assuré de l'existence de la solution de continuité; on devra laisser le membre maintenu dans un appareil convenable pendant tout le temps qui serait nécessaire à la consolidation.

La conduite opposée a des inconvénients graves auxquels il n'est pas possible de remédier. Les fragments se déplacent de nouveau après la réduction momentanée. Ils se consolident dans une position

vicieuse ; il en résulte la diminution de l'espace interosseux, la déviation de la main, la difformité du membre, et une grande difficulté dans ses mouvements.

X.

C'est principalement dans les fractures du corps du fémur qu'on a occasion d'observer ces consolidations tardives qui trompent et les soins et l'espoir du médecin. M. le professeur *Roux* fait remarquer dans ses leçons cliniques, que, toutes choses égales d'ailleurs, les fractures du corps du fémur produites par une cause qui a agi directement, se consolident avec plus de difficulté que les fractures indirectes. Cette fâcheuse différence est-elle due à une sorte de contusion des fragmens osseux, analogue à celle des parties molles qui accompagne toujours la fracture directe? et faudrait-il mettre cette altération au nombre des autres causes mieux connues qui retardent trop souvent la guérison du malade ?

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.

II.

Quartanæ æstivæ plerumquè fiunt breves; autumnales verò longæ, et maximè quæ propè hyemem incidunt. *Ibid.*, *aph.* 25.

III.

Mutationes anni temporum maximè pariunt morbos; et in ipsis temporibus mutationes magnæ, tùm frigoris, tùm caloris, et cætera pro ratione eodem modo. *Sect.* 3, *aph.* 1.

IV.

Peripneumoniæ phrenesis, malum. *Sect.* 7, *aph.* 12.

V.

Senes facillimè jejunium ferunt; secundò, ætate consistentes; minimè adolescentes : omnium minimè pueri; ex his autem, qui inter ipsos sunt alacriores. *Ibid.*, *aph.* 13.

VI.

A plagâ in caput, stupor aut delirium, malum. *Ibid.*, *aph.* 14.